



ใบตอบรับในประเทศ/AVICE of receipt

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง
หน้าข้อความที่ต้องการ

Please tick in the appropriate box

- รับรอง/Certified
- ลงทะเบียน/Registered
- หมายเงิน/Money order
- รับประกัน/Insured
- พัสดุไปรษณีย์/Parcel Logispost

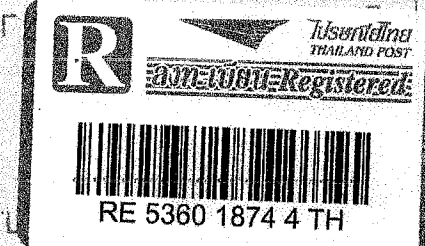
ชื่อและที่อยู่ของผู้ฝากส่ง/Sender's address



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๖๐ หมู่ ๓ ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี

ที่ อ.น ๐๐๓๒. ๐๐๔/๗๐๐๖



รหัสไปรษณีย์/Postcode

6 1 0 0 0

ผู้ฝากส่ง

กรุณากรอกชื่อที่อยู่ของผู้ฝากส่งในช่อง ด้านหน้า และกรอกชื่อที่อยู่ของผู้รับและอื่นๆ ในช่องด้านหลัง
Please complete sender's address at the front and addressee's address including other information at the back.

ชื่อและที่อยู่ของผู้รับ/Addressee

ชื่อ/Name: ดร.กฤษณะ ต.กมล

ที่อยู่/Address: 119 หมู่ ๓ ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
จ.อุทัยธานี

รหัสไปรษณีย์/Postcode: 61000

ฝากส่ง ณ ที่ทำการไปรษณีย์/At post office: 0๗

เมื่อวันที่/Date: ๒ / ๘๑ / ๒๕๖๕



ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่ของสิ่งของ
ที่ขอใบตอบรับ

RE 5360 1874 4

คำตอบรับของผู้รับ/Acknowledge

ได้รับสิ่งของตามที่แจ้งไว้ข้างต้น

เรียบร้อยแล้ว/Received

เมื่อวันที่/Date: ๒ / ๘๑ / ๕๗ เวลา/Time: ๑๕:๒๐

ลงชื่อผู้รับหรือผู้รับแทน/Signature of addressee/Authorized person: [Signature]

เขียนชื่อตัวบรรจง/Write person name clearly (.....)

เกี่ยวข้องกับผู้รับโดยเป็น/Relation with addressee: ๑๗๐

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่ง/Signature of postman: [Signature]

